Le Numéro : 15 CENTIMES — 2 Février 1895 — 7 FRANCS par An

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

PLEURÉSIE PURULENTE DIAPHRAGMATIQUE, par le Dr Pierre Merklen. 33
CANCER COLLOIDE DU SEIN, par le Dr Walther . 35
THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE : Procédé nouveau de stérilisation 36
ANALYSE DES TRAVAUX français et étrangers. 37
LE CLIMAT MARIN ATLANTIQUE, par le Dr F. Lalesque. 38
SOCIÉTÉS SAVANTES françaises et étrangères XVI

AVIS

A partir du 6 février 1895, la *Presse médicale* publiera, tous les mois, un numéro supplémentaire.

Elle consacrera ce numéro, en grande partie, aux comptes rendus des Sociétés savantes françaises et étrangères, que l'abondance des matières ne lui permettait pas de donner avec assez de développement dans ses numéros hebdomadaires, et, en partie aussi, à des chroniques sur des sujets d'actualité et d'intérêts professionnels.

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 6 février 1895, à 1 heure. — M. Haffner : Recherches pratiques sur la topographie cranio-cérébrale; MM. Tillaux, Terrier, Ricard, Tuffier. — M. Eymonnet : De la trachéotomie chez l'adulte, procédé opératoire, indications; MM. Tillaux, Terrier, Ricard, Tuffier. — M. Souville : Cholécystite scléreuse d'origine calculeuse et péricholécystite; MM. Terrier, Tillaux, Ricard, Tuffier. — M. Manson : Traitement des adénopathies tuberculeuses et en particulier des adénopathies suppurées chez les enfants; MM. Lannelongue, Landouzy, Letulle, Poirier. — M. Dehais : Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus; MM. Lannelongue, Landouzy, Letulle, Poirier. — M. Maurel : De l'infectiosité et de la contagiosité de l'amygdalite aiguë; MM. Landouzy, Lannelongue, Letulle, Poirier.

Jeudi 7 février 1895, à 1 heure. — M. Dibot : Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine; MM. Tarnier, Raymond, Hanot, Maygrier. — M. Lardeux : Lèpre nostras. (Syringomyélie, maladie de Morvan, sclérodermie); MM. Raymond, Tarnier, Hanot, Maygrier. — M. Gerber : Contribution à l'histoire botanique, thérapeutique et chimique du genre adansonia; MM. Baillon, Proust, Netter, Heim. — M. Blois : Le typhus exanthématique à l'hôpital Saint-Denis en 1893-94; MM. Proust, Baillon, Netter, Heim.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 février 1895. — Pas d'actes, ce jour, congé accordé par le Président de la République.

Mardi 5 février 1895. — 3e (Oral, Première partie) : MM. Berger, Schwartz, Bar. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Debove, Marfan, Marie.

Mercredi 6 février 1895. — Dissection : MM. Farabeuf, Jalaguier, Sebileau. — 3e (Deuxième partie) : MM. A. Robin, Brissaud, Gaucher. — 2e (Deuxième partie) : MM. Straus, Dejerine, Retterer. — 3e (Oral, Première partie) : MM. Pinard, Marchand, Lejars.

Jeudi 7 février 1895. — Médecine opératoire : MM. Panas, Duplay, Poirier. — 2e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Troisier, Ballet. — 4e : MM. Laboulbène, Pouchet, Gilbert.

Vendredi 8 février 1895. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Potain, Chauffard, Letulle.

Samedi 9 février 1895. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Le Dentu, Quénu, Brun. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Chantemesse, Ménétrier. — 5e Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Concours d'agrégation (*pathologie interne et médecine légale*). — Les candidats sont appelés à subir la deuxième épreuve (exposé des titres), dans l'ordre suivant :

Première séance : MM. Etienne, Frenkel, Collet et Barbier. — 2e séance : MM. Vaquez, Widal, Renou et Arnould. — 3e séance : MM Thoinot, Besançon, Chatin et Sacaze. — 4e séance : MM. Gastou, Mosny, Rispal et Lesage. — 5e séance : MM. Achard, Dupré, Ferrier et Bret. — 6e séance : MM. Claisse, Sabrazès, Specker et Morel. — 7e séance : MM. Hobbs, Boyer, Charmeil et Le Dantec. — 8e séance : MM. Lion, Ausset, Daunic et Girode. — 9e séance : MM. Legay, Wurtz, Picq et Duflocq. — 10e séance : MM. Foveau, Thiroloix, Brunelle et Zilgien. — 11e séance : MM. Blocq, Bosc et Gilles de la Tourette.

Stage hospitalier. — Le classement des stagiaires pour les mois de mars, avril, mai et mi-juin, aura lieu les 4, 5 et 7 février 1895, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

MM. les étudiants recevront une lettre de convocation individuelle. (Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.)

HOPITAUX

Concours du Bureau central. Chirurgie. — Ce concours sera ouvert le jeudi 14 mars 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 11 février 1895, et sera clos définitivement le lundi 25 du même mois, à trois heures.

Concours de l'Internat.

MM.		MM.	
Tissier (Paul)	23	Mendailles	23
Masbrenier	24	Levrey (I. P.)	24
Guillemin	26	Bonamy	26
Pelisse	25	Mercier	28
Duclos	22	Le Fournier	23
		Martin (André) (I. P.)	25

Les candidats marqués (I. P.) sont déjà internes provisoires.

Concours de l'Externat.

Séance du 25 janv. 1895.

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS.

	Path.	Tot.
Bellan	8	20
Braye	13	27
Armandin	13	26
Dlle Bonsignario	11	21
Baudelot	12	26
Aubert	18	36
Caillard	14	27
Brécy	18	36
Bizet	13	27
Attal	11	27
Ambrosi	14	27
Briais	16	29
Bouchard	12	25
Ball	14	31
Astié	8	19
Besse	13	28

Séance du 26 janvier 1895.

SYMPTOMES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Audistère	11	22
Asselineau	12	24
Brousse	11	24
Armand-Delille	16	33
Boucher	20	35
Barasch	13	26
Arloing	16	35
Barrault	12	22
Bernard (Paul)	13	26
Brot	12	18
Bernard (Henry)	16	35
Barbarin	17	36
Aba	10	20
Brunel	14	26
Bisch	17	34

Séance du 29 janvier 1895.

PHLEGMON DIFFUS.

	Path.	Tot.
Bentz	12	25
Cabrol	10	21
Bigot	8	22
Balencie	10	27
Bonnemaison	13	29
Calmels	14	29
Aoustin	14	23
Blottière	13	24
Dlle Akimoff	10	25
Boury	12	24
Baup	14	29
Block (Maurice)	6	21
Goubeau	13	27
Gagey	8	21
Ferrari da Grado	11	22

Séance du 30 janvier 1895.

ÉPISTAXIS.

Girard	12	23
Dlle Hirschorn	10	20
Hyenne	12	18
Ertzbischoff	12	28
Heulin	13	23
Gauchet	6	17
Feurtet	14	23
H. de Villefosse	12	27
Férouelle	12	24
Fromageot	8	18
Halberchtadt	10	24
Edwards	11	21
Guinard	9	20
Fraleu	11	22
Huguet	12	25
Fraissinet	15	28
Friaque	11	23

Dans le dernier numéro, au lieu de : Briais, 14 — 27, lire : Briens, 14 — 25.

Sont désignés pour subir leur épreuve de pathologie, les candidats de la série D dont les noms commencent par I, J, K, L, M, depuis M. Ignard inclusivement, jusques et y compris M. Matza.

Œuvre des enfants tuberculeux (Hôpital d'Ormesson). — L'œuvre, reconnue d'utilité publique, tiendra son assemblée générale annuelle le jeudi 7 février prochain, à 8 h. 1/2 du soir, dans la grande salle de la Société des agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes, sous la présidence de M. François Coppée, de l'Académie française.

INSTITUT PASTEUR

Le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur sera délivré aux pharmaciens et aux droguistes à partir du 10 février prochain. Toutes les demandes devront être adressées au *Service antidiphtérique*, 48, *rue Dutot*, et les signataires de ces demandes sont priés d'indiquer leur qualité, l'Institut Pasteur ne pouvant, conformément à la loi, délivrer le sérum au public. C'est *exclusivement* aux pharmaciens que devront s'adresser le public et les médecins.

Le sérum nécessaire aux indigents sera distribué gratuitement : à Paris, par les soins de l'Assistance publique, et en province par l'intermédiaire des services d'assistance, conformément aux règlements élaborés par l'administration et le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

VICHY-CÉLESTINS
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

POUDRE LAXATIVE de VICHY : *Constipation.*
Phosphatine FALIÈRES : Alimentation des enfants.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

22 janvier 1895.

Anévrismes des gros vaisseaux de la base du cœur. — **M. Berger** présente un rapport sur une observation d'anévrisme de la sous-clavière due à M. Monod.

Il s'agissait d'un anévrisme gros comme un œuf de poule, faisant saillie au niveau de la région sus-clavière droite. Le pouls radial droit n'était pas modifié, il n'existait pas de souffle dans la tumeur, et la compression sur la carotide primitive droite diminuait les battements de la tumeur. Ces particularités firent hésiter plusieurs personnes sur le diagnostic, et firent penser que l'anévrisme n'était pas limité à la troisième portion de la sous-clavière, mais s'étendait profondément dans le thorax.

Deux procédés opératoires pouvaient être employés : 1° le procédé de Brasdor (ligature entre le sac et la périphérie); 2° le procédé de Hunter (ligature entre le sac et le cœur). M. Monod se décida pour ce dernier procédé. Après avoir incisé la peau comme pour lier la première portion de la sous-clavière ou le tronc brachio-céphalique, il put se convaincre que ce tronc était dilaté, que cette dilatation s'étendait profondément dans le thorax et qu'il était impossible, sans grands délabrements, de porter un fil entre le sac et le cœur.

Dans ces conditions, M. Monod revint à la méthode de Brasdor; il lia d'abord la carotide primitive, puis la sous-clavière au delà du sac. Après l'opération, la tumeur diminua, les battements cessèrent et quand M. Monod présenta à l'Académie son malade, il pouvait être considéré comme guéri, au moins momentanément.

Cette observation montre que, en cas d'anévrismes de la sous-clavière étendus au tronc brachio-céphalique, il faut, suivant les conclusions de M. Monod, employer la méthode de Brasdor, lier la sous-clavière sur son bout périphérique, en y joignant, selon le cas, la ligature de la carotide ou la ligature de la vertébrale.

M. Le Dentu a observé plusieurs faits à rapprocher de celui de M. Monod desquels il résulte que dans les cas d'anévrismes des gros vaisseaux, du tronc brachio-céphalique, il est très difficile de savoir si l'aorte n'est pas prise, ce qui arrive souvent. Si elle est prise, les ligatures périphériques donnent des améliorations sérieuses, mais on ne peut espérer qu'elles soient bien durables.

Du pneumo-paludisme du sommet. — **M. Landouzy**, au nom de **M. de Brun** (de Beyrouth), lit un travail, duquel il résulte que l'intoxication paludéenne peut se manifester par des symptômes exclusivement pulmonaires consistant en une condensation d'un des sommets des poumons, qui se révèle par des signes physiques tels que matité ou submatité, souffle tubaire expiratoire, bronchophonie, sans frottements ni râles, ni expectoration; la toux même peut faire défaut, si ce n'est pendant les accès fébriles où elle peut devenir quinteuse et fatigante.

Cette lésion revêt la forme aiguë et la forme chronique : la première pouvant disparaître en quelques heures sous l'influence du quinine, la seconde caractérisée par des lésions de sclérose et de carnification du poumon, sans formation de cavernes.

Le pneumo-paludisme du sommet constitue sans doute la seule lésion pulmonaire du paludisme. L'impaludisme, en effet, ne provoque par lui-même ni inflammations franches ni phénomènes de catarrhe; la pneumonie dite paludéenne est une pneumonie banale évoluant chez un paludéen; toujours et partout le même, le processus commence par la congestion et aboutit à la sclérose. Or, dans le pneumo-paludisme, les phénomènes locaux indiquent bien simplement l'existence d'une condensation du poumon.

Le pneumo-paludisme, au point de vue étiologique, est une affection en quelque sorte propre à l'enfance et à la jeunesse. Il peut rester isolé ou s'accompagner d'autres affections de l'appareil respiratoire, surtout de bronchite, mais celle-ci alors respecte presque toujours le sommet des poumons; il semble que la lésion paludéenne protège le point du poumon où elle s'est développée contre des invasions bacillaires de toute nature.

Le diagnostic est surtout à faire avec la tuberculose pulmonaire, et on se basera pour cela sur le début insidieux de la maladie, l'existence d'autres lésions viscérales paludéennes, l'absence ou la faible quantité de l'expectoration (toujours dépourvue, quand elle existe, de bacilles de Koch), en même temps que sur l'évolution de la maladie.

Par lui-même, le pneumo-paludisme n'offre aucune gravité, et si parfois il s'accompagne d'emphysème pulmonaire, il n'a jamais provoqué le moindre accident sérieux.

A propos de la sérothérapie. — **MM. Héricourt** et **Richet** (note lue par **M. Landouzy**) répondent à la réclamation de priorité émise par M. Babès sur le traitement des maladies infectieuses par la transfusion de sang ou de sérum provenant d'animaux expérimentalement immunisés, que, dès 1888, ils ont publié une série d'expériences absolument nettes, prouvant que l'injection du sang d'animaux ayant reçu au préalable des cultures de bacille pyoseptique a pu immuniser plus ou moins complètement, contre l'inoculation du même bacille, les animaux auxquels on avait pratiqué ces injections.

A cette époque, ils ont annoncé de nouvelles recherches avec des microbes plus répandus, celui de la tuberculose.

Donc, ces premières expériences montrent nettement que s'il les avait connues, M. Babès aurait pu s'éviter de faire une réclamation de priorité évidemment non fondée.

Traitement de l'épispadias. — **M. Pozzi** présente un enfant de cinq ans, qui était atteint d'un épispadias et qu'il a guéri par la méthode de Thiersch. L'orateur insiste sur les avantages de cette méthode, qui compensent sa complication apparente. Elle nécessite, il est vrai, plusieurs séances anesthésiques et opératoires, mais chacune de ces étapes est calculée de manière à éviter une cause d'échec.

L'établissement d'une fistule périnéale temporaire est capitale pour dériver l'urine, qui sans cela pourrait irriter les sutures.

Le temps principal consiste dans la reconstitution du fourreau de la verge à l'aide de deux lambeaux péniens superposés. Plusieurs temps complémentaires, tels que réfection d'un méat urinaire, oblitération de l'orifice sous-pubien, reconstitution d'un prépuce complet, conduisent au résultat final.

Dans le cas de M. Pozzi, le résultat fut parfait et l'incontinence d'urine tend à disparaître.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

26 janvier 1895

De la leucocytose dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. — **MM. Hanot** et **Meunier.** — M. Hanot a décrit une forme de cirrhose hépatique qui correspondait à une expression clinique et à un processus anatomo-pathologique tout particuliers. Dès cette première étude, il fut bien établi que cette forme morbide différait totalement des autres cirrhoses, tant alcooliques que lithiasiques. Cette différenciation, solidement établie sur des arguments tirés de la clinique, de l'anatomie pathologique macroscopique, de l'histologie et de l'expérimentation, affirma l'entité nosologique bien définie de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique; plus tard, de nouvelles recherches permirent de considérer cette affection comme une cirrhose infectieuse. En faveur de cette conception, l'étude de la maladie nous montre en effet certains phénomènes significatifs : fièvre avec frissons et sueurs, poussées d'ictère, albuminurie, augmentation de volume de la rate. De son côté, l'histologie nous met en présence de lésions qui relèvent nettement d'un processus infectieux : cirrhose télangiectasique avec amas leucocytiques, figures karyokinétiques dans les cellules glandulaires, angiocholite productive et catarrhale, hépatite parenchymateuse diffuse.

Raisons cliniques, raisons anatomiques, autorisaient donc à affirmer la nature infectieuse de la maladie; cette conception pathogénique, acceptée depuis par M. Chauffard et par M. Kiener, paraît aujourd'hui recevoir une nouvelle démonstration dans le fait suivant : *la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique s'accompagne de leucocytose.*

Les examens ont porté sur trois malades, chez lesquels ont été pratiquées cinq numérations des éléments figurés du sang.

Ces malades ne présentaient, au moment des examens hématoscopiques, aucune affection inflammatoire extra-hépatique qui pût expliquer la leucocytose constatée.

Ces examens rapprochés des cas de Hayem et de Lukachevitch montrent que le chiffre des globules blancs a varié dans ces diverses observations entre 9.300 et 21.800, dépassant toujours notablement la normale (6.000). La moyenne des numérations a été de 15.500.

Il n'est pas sans intérêt de comparer ces chiffres avec ceux qui ont été obtenus dans les examens du sang des cirrhotiques alcooliques : chez ces malades, il existe bien parfois une légère augmentation des globules blancs, mais cette leucocytose n'est pas comparable à celle de la cirrhose hypertrophique. Des numérations que nous avons pratiquées chez cinq malades atteints de cirrhoses alcooliques, atrophiques ou hypertrophiques, il résulte que le chiffre moyen des globules blancsest de 6.623.

En définitive, la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique s'accompagne d'une leucocytose, laquelle constitue un nouvel argument en faveur de sa nature infectieuse et un nouveau caractère qui la différencie des cirrhoses alcooliques : cette leucocytose nous paraît même, d'après des recherches que nous poursuivons sur l'état du sang dans les maladies du foie, ne se retrouver dans aucune autre affection hépatique, si l'on en excepte le cancer, où elle est naturellement très prononcée (15.000 à 40.000).

Technique de l'examen bactériologique des eaux. — **M. E. Ausset** (de Limoges). L'analyse bactériologique des eaux comporte deux modalités différentes : l'analyse quantitative où l'on recherche le nombre des bactéries contenues dans un centimètre cube d'eau, et l'analyse qualitative où l'on se borne à rechercher telle ou telle espèce pathogène. Une eau qui ne contient pas plus de mille bactéries banales par centimètre cube, peut entrer dans l'alimentation publique. Au contraire, la présence de bactéries pathogènes, même en très petit nombre, suffit à faire rejeter l'eau qui les contient.

Pour déceler plus rapidement les bactéries pathogènes et éliminer les bactéries banales, M. Ausset emploie la gélose liquéfiée et refroidie à 40 degrés, dans laquelle on sème la dilution voulue de l'échantillon à examiner; ce milieu élimine les trois quarts des bactéries banales. De plus, il se sert de la gélose additionnée de lactose ou de tournesol qui permet, par la coloration rouge que donnent sur ce milieu certains microbes (bacterium coli), de simplifier notablement l'examen bactériologique des plaques.

De l'issue des bactéries intestinales dans le péritoine et dans le sang pendant l'intoxication alcoolique aiguë. — **MM. Wurtz** et **Hudelo** ont recherché si l'intoxication aiguë par l'alcool pouvait déterminer, chez les animaux, une diffusion microbienne analogue à celle que produisent le froid, l'asphyxie et certaines intoxications. Ils ont constaté que cet exode des bactéries intestinales peut s'effectuer pendant le coma alcoolique, sans qu'on puisse faire intervenir les phénomènes agoniques dans sa production. En tuant les lapins, pendant la période de coma alcoolique, ils ont vu une fois sur deux, le péritoine et le sang de la veine porte contenir des micro-organismes, or les lapins témoins, intoxiqués avec la même dose d'alcool, revenaient à la santé au bout de quelques heures.

Ces recherches prouvent donc que, pendant la vie, sous des influences diverses, mais déterminant toutes de la congestion intestinale, les microbes de l'intestin pénètrent dans le péritoine et dans le sang de la veine porte : il est permis de penser que cette diffusion microbienne peut jouer un rôle dans l'étiologie de certaines péritonites et de certaines infections du foie.

Influence de la section de la moelle sur la fonction glycogénique. — **M. Kaufmann**, Claude Bernard ayant montré que lorsqu'on sectionne la moelle cervico-dorsale, la quantité de glycogène contenue dans le foie diminue, a cherché ce que devenait le glycogène ainsi disparu. Il ne passe pas dans le sang sous forme de glycose, car il a trouvé que le sang était moins riche en glycose après l'opération qu'avant; en revanche, le sang contient après la section plus de glycogène qu'avant, mais pas en quantité assez considérable pour compenser ce qui a disparu du foie. Il faut donc que ce glycogène soit allé ailleurs. Or, il a trouvé dans certains muscles une quantitc considérable de glycogène. Ces muscles étaient ceux du train postérieur; ceux du train antérieur ne contenaient pas plus de glycogène qu'à l'état normal.

Donc, la section de la moelle agit surtout en modifiant la nutrition dans les muscles innervés par les nerfs issus de la moelle au-dessous de la section, agissant, à ce point de vue, en sens inverse de la piqûre du bulbe, qui, en même temps que l'hyperglycémie et la glycosurie, produit une diminution du glycogène dans les muscles; au contraire, la section de la moelle produit l'hypoglycémie sans glycosurie, ainsi que l'augmentation du glycogène dans les muscles.

Dosage du fer dans l'urine. — **M. Lapicque**, les classiques signalant la présence du fer dans l'urine, sans indiquer, au reste, quels travaux ont été faits sur ce sujet, a cherché à doser le fer dans l'urine normale et n'en a jamais trouvé que des traces tout à fait impondérables. Il n'en a pas trouvé davantage dans les urines pathologiques des cardiaques, fébricitants, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

30 janvier 1895.

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. — **M. Berger.** A propos d'une observation de plaie du cæcum de M. Rochard, M. Chaput a soulevé à nouveau la discussion des plaies pénétrantes de l'abdomen et a étendu les quelques considérations auxquelles prêtait ce cas à toutes les plaies pénétrantes, soit par revolver, soit par coup de couteau. Il est à regretter de voir de nouveau englober dans une même discussion, et les plaies par balle de revolver et les plaies par coups de couteau. Les lésions sont, en effet, bien dissemblables et je crois bon, pour ne pas nous égarer de maintenir la distinction admise et de nous limiter, comme nous avons l'habitude de le faire, à la discussion d'un fait précis.

M. Chaput a dit : d'après MM. Reclus et Berger, M. Rochard n'aurait pas dû intervenir tant à cause du siège des lésions que de l'absence de symptômes caractéristiques d'une plaie intestinale. Or, je crois au contraire et je suis même sûr que j'aurais tenu la même conduite que notre collègue. Jamais je n'ai dit qu'il ne fallait pas intervenir dans des cas de ce genre; d'ailleurs, ma doctrine est de ne pas avoir de théorie toute faite. Il faut s'inspirer des cas, consulter le fait particulier, analyser les symptômes et surveiller attentivement le malade. M. Chaput, il est vrai, fait le procès de la symptomatologie des plaies pénétrantes; assurément il n'y a pas de symptômes caractéristiques ou lorsqu'ils apparaissent, il est trop tard pour intervenir, mais je pense qu'on peut surprendre les accidents tout au début. On peut trouver de la sensibilité abdominale, un peu de matité ou de sonorité exagérée, de la fréquence

du pouls et de la respiration, de l'aphonie, etc. Quand ces signes existent, nous, qu'on dit abstentionnistes, nous intervenons et, pour ma part, j'ait fait, aussi souvent que tout autre chirurgien, des laparotomies pour plaies pénétrantes dont les observations sont d'ailleurs consignées dans nos recueils scientifiques. Il n'y a donc je crois, ni interventionnistes ni non-interventionnistes; nous opérons tous dans les mêmes cas, mais les uns disent qu'ils opèrent parce qu'il y a des signes suffisants, les autres parce qu'il n'y a pas de symptômes caractéristiques de plaie intestinale. Ce que je soutiens, c'est qu'il y a des guérisons sans intervention, mais ces cas n'ont présenté aucun signe de perforation et, pour ma part, je puis dire que tous les malades atteints de plaie perforante chez lesquels je ne suis pas intervenu ont guéri, ce qui prouve bien qu'on peut tenir compte des petits symptômes du début.

Un reproche que je me permets d'adresser à M. Chaput a trait à la précision des règles qu'il donne. L'opération, dit-il, est indiquée, chaque fois qu'on a le moindre doute sur la perforation. En principe, cette règle est bonne, mais en pratique on ne peut l'accepter. Tout récemment encore, un malade porteur d'une plaie de l'hypochondre gauche est arrivé dans mon service; j'ai beaucoup hésité à prendre un parti. Malgré mes internes, j'ai attendu, j'ai fait surveiller d'heure en heure le blessé dont le pouls et la parole étaient bons, bien qu'il y eût quelques petits phénomènes péritonéaux; bref, je n'ai rien fait et le malade a guéri. J'en conclus qu'il ne faut pas donner de ces règles dont la précision n'est qu'apparente : chaque cas doit être analysé.

M. Chaput pense aussi que l'opération ne peut être exécutée que par des chirurgiens de marque et avec toute une instrumentation spéciale. Je crois, au contraire, qu'il suffit des instruments courants, qu'il n'est pas besoin de salle opératoire spéciale et que tout médecin ayant quelques principes chirurgicaux est à même de l'entreprendre, lorsqu'il y a indication.

M. Kirmisson. Je m'élève de toutes mes forces contre certaines conclusions de M. Chaput que j'estime dangereuses et déplorables.

M. Chaput dit qu'il faut pratiquer l'incision médiane et jamais l'incision latérale, parce que celle-ci est suivie souvent d'éventration. Outre que ce ne serait pas une raison, je pense qu'il n'y a pas plus d'éventration avec une incision qu'avec l'autre.

M. Chaput donne encore comme règle qu'il faut pratiquer une incision de l'appendice xyphoïde au pubis. Ouvrir ainsi la cavité abdominale dans tous les cas et quelle que que soit la plaie me paraît très dangereux.

Enfin, vous déviderez l'intestin dans tous les cas, dit M. Chaput : c'est encore une règle que je ne puis admettre.

Ces conclusions relèvent d'une méthode chirurgicale absolue et je proteste contre cette extrême précision que l'on veut apporter à une opération.

M. Nélaton. Je serais tenté de dire avec M. Chaput que la symptomatologie des plaies pénétrantes est peu précise et qu'en fait, on intervient toujours ou jamais. Quant à l'incision, je crois que plus elle est grande et mieux cela vaut : on voit mieux et l'intestin se rentre très bien, si l'en a soin de le recouvrir d'une nappe dont on glisse les bords de chaque côté sous la paroi.

M. Reclus. Personne ici n'a prétendu que les plaies par instruments piquants soient quantité négligeable, comme l'a pensé M. Chaput; nous avons seulement dit qu'elles sont moins dangereuses que les autres.

Comme toujours en pareille discussion, on discute la valeur du bouchon muqueux : M. Chaput ne l'a pas observé, cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas. Pour ma part, j'ai eu l'occasion de le constater au cours d'une laparotomie.

Quant à mes statistiques pour lesquelles M. Chaput est si sévère, j'estime qu'elles valent les siennes et qu'elles leur sont même supérieures.

Néanmoins, je dois dire que depuis cinq ou six ans, nos services s'étant améliorés, je suis plus hardi et je crois par exemple qu'on doit faire une large laparotomie et dévider l'intestin, si l'on opère dans les quatre premières heures après l'accident. Mais ces cas sont les plus rares; nous arrivons le plus souvent trop tard et c'est pour cela que nous perdrons encore beaucoup de malades.

Résections et sutures intestinales. — **M. Peugniez** (d'Amiens) rapporte plusieurs observations : 1° hernie crurale étranglée depuis trente-deux heures, gangrène de l'intestin, résection, entérorrhaphie, guérison; 2° hernie crurale étranglée depuis huit jours; anneaux de sphacèle que l'on enterre dans un pli de l'anse intestinale; guérison; 3° rupture de l'intestin au cours d'une kélotomie, suture; guérison; 4° phlegmon pelvien : ulcérations de l'S iliaque; deux interventions successives pour guérir la fistule; guérison; 5° appendicite; résection et suture de l'appendice; 6° hernie crurale étranglée, kélotomie; perforation de l'intestin, invagination de la plaie et suture. Mort dans la journée.

L'auteur présente en outre deux malades auxquels il a pratiqué la résection de l'estomac pour cancer depuis le 18 avril 1893 dans un cas, et le 7 mai 1894 dans l'autre. Les deux malades vont très bien.

M. Félizet présente une petite fille de cinq ans à laquelle il a ouvert un phlegmon du cou dû à une ostéomyélite de la clavicule; cet os réduit à l'état de séquestre a été extirpé en entier et s'est ensuite si bien reformé qu'aujourd'hui il n'existe pas de déformation.

M. Schwartz présente un malade auquel il a suturé l'olécrâne fracturé. Le résultat est parfait.

M. Routier présente un malade auquel il a pratiqué la gastrostomie suivant les procédés simples. Petite fistule permettant l'introduction de la sonde n° 18. Résultat excellent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

26 janvier 1895.

De l'adénopathie sous-claviculaire. — **M. Girode** communique l'observation d'un malade, âgé de quarante-six ans, qui présentait, outre l'ascite, une augmentation du volume du foie, sans tuméfactions bien localisées, une teinte subictérique, avec sécheresse de la peau, et des troubles dyspeptiques permettant d'autant mieux de songer à l'existence d'un cancer, qu'à la région sous-claviculaire on trouvait des ganglions durs, isolés et mobiles. Avant la mort, qui survint bientôt par les progrès de l'anorexie et de la cachexie correspondant à l'augmentation de l'ictère et de la distension abdominale, on avait extirpé, pour le soumettre à l'examen, un des ganglions sous-claviculaires. Celui-ci présenta une infiltration tuberculeuse massive, avec quelques nodules distincts; quelques jours plus tard, l'autopsie démontra qu'en l'absence de lésion cancéreuse, il existait deux processus morbides différents : une cirrhose à marche rapide, sans tuberculose hépatique, et une tuberculose pulmonaire ancienne, dont le processus avait été réveillé vraisemblablement par l'évolution de la maladie précitée.

A cette observation concernant la valeur diagnostique de l'adénopathie sous-claviculaire, M. Girode ajoute une nouvelle observation concernant la valeur pronostique de cette adénopahtie. Il s'agit, dans ce second cas, d'un malade atteint de cancer gastro-hépatique et en offrant les symptômes classiques, mais qui présenta au membre supérieur gauche un œdème blanc imputable au gonflement d'un ganglion enclavé entre la clavicule et la première côte. Bien que l'induration ganglionnaire persistât, l'obstacle à la circulation veineuse disparut au bout d'un temps assez court.

M. Mathieu signale, à ce propos, le cas d'une malade amenée dans un état demi-comateux et portant un ganglion sous-claviculaire qui permit de soupçonner l'existence d'un épithéliome gastrique, bientôt vérifié à l'autopsie; mais il y joint deux autres observations, pour lesquelles il fut induit en erreur par la valeur qu'il avait attribuée à l'existence de ganglions sous-claviculaires : chez une femme de quarante ans, précédemment traitée pour un ulcère rond, il constata plus tard l'apparition de vomissements noirs avec cachectisation, rénitence profonde de la région épigastrique et présence de ganglions sus-claviculaires gauches qui conduisirent à admettre la formation d'un cancer, postérieur en date à l'ulcère rond, mais l'autopsie démontra l'absence de tout processus cancéreux; chez un homme de quarante-cinq ans, offrant, avec tous les symptômes d'un cancer gastrique, une adénopathie sous-claviculaire, un traitement antidyspeptique puis une médication antisyphilitique amenèrent une guérison rapide.

M. Mathieu ajoute que, d'après son expérience personnelle, lorsqu'il s'agit de ganglions volumineux et multiples, siégeant dans le triangle sous-claviculaire, il y a plutôt lieu de songer à la tuberculose qu'au cancer.

Irruption spontanée de la bile dans les kystes hydatiques du foie. — **M. Galliard**, chez un malade atteint de tumeur kystique du foie, dont une première ponction exploratrice avait extrait un liquide parfaitement limpide, a constaté, au cours de plusieurs ponctions évacuatrices ultérieures suivies d'injections au sublimé, que l'irruption spontanée de la bile n'a eu aucun effet sur l'affection hépatique et que les injections au sublimé n'ont eu aucune influence à l'égard d'une rétraction de la poche kystique ou d'une modification de la fistule biliaire.

1er février 1895.

M. Rendu, en ouvrant la séance, communique une lettre de **M. Milliard** qui annonce pour le commencement de mai le renouvellement des internes dans les services hospitaliers, en raison de la durée prolongée du concours actuel de l'internat, et qui propose à la Société d'élire dans une séance prochaine une commission chargée de rajeunir les règlements de ce concours en vue d'en abréger dorénavant la durée, malgré l'accroissement du nombre des candidats.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, **M. Rendu** donne connaissance d'une lettre du Dr **Toinot**, dont les travaux avaient été cités par M. Œttinger et qui, contrairement à ce que croyait cet auteur, avait constamment retrouvé dans la moelle de ses animaux en expérience les divers microbes inoculés (streptocoques, coli-bacilles, etc.).

La sérothérapie à l'hôpital des Enfants malades. — **M. Lebreton**, qui avait déjà confirmé dans une première communication les résultats précédemment signalés par M. Moizard dans le même service, résume aujourd'hui ses observations personnelles au cours des trois mois écoulés.

Le service comprenait, au début, une salle de fillettes et une salle de garçons, puis pour chaque sexe, une petite chambre qui ne pouvait servir qu'à y cantonner les sujets atteints de diphtérie avec associations microbiennes variées. Depuis lors la disposition des locaux a été améliorée par la création des pavillons d'isolement.

Une injection de sérum antidiphtéritique était toujours pratiquée avant que l'examen bactériologique ait permis de fixer le diagnostic; ou n'a eu, dans ces conditions, aucun cas de contagion à enregistrer. Il semble que l'énergie du sérum a augmenté, car on n'a pas besoin aujourd'hui d'employer des doses aussi fortes que précédemment.

Sur 330 enfants, dont 258 atteints de diphtérie confirmée et traités uniquement au moyen de la sérothérapie avec l'aide de médications toniques, on a noté 31 décès, soit un chiffre de 12 pour 100. Si l'on en défalque 8 malades décédés sans avoir subi le traitement et moins de vingt-quatre heures après leur entrée, le chiffre des décès se réduit à 23, et la proportion n'est plus que de 10,8 pour 100. Sur 24 trachéotomies, on relève 9 décès, c'est-à-dire un taux de 37 pour 100, et sur 60 intubations, 51 concernant des cas de croup diphtéritique ont fourni une mortalité de 27,45 pour 100 imputable à des complications bronchopneumoniques ou bronchitiques antérieures au début de la médication sérothérapique.

Les accidents qui paraissent attribuables à la sérothérapie ont été (en dehors d'un cas de suppuration locale due probablement à quelque insuffisance dans les précautions antiseptiques): 1° des éruptions variables, le plus souvent ortiées, plus rarement scarlatiniformes ou morbilliformes et deux fois seulement polymorphes, s'accompagnant, dans une dizaine de cas, d'une hyperthermie dépassant 39 degrés et paraissant être en relation avec l'emploi de certains sérums; 2° une albuminurie, notée chez 140 sujets, dont 57 n'ont présenté ce trouble que tardivement comme un phénomène d'élimination coïncidant avec la guérison des accidents diphtéritiques. Quant à la paralysie post-diphtéritique, elle paraît être rare; il est vrai que les sujets étaient renvoyés chez eux de très bonne heure.

En ce qui concerne l'intubation, elle ne paraît plus passible des mêmes objections que précédemment, depuis que les bienfaits de la sérothérapie permettent d'en raccourcir la durée. Celle-ci a pu être réduite parfois à quarante-huit heures dans des cas de diphtérie pure; généralement on peut retirer le tube entre le troisième et le cinquième jour, en se guidant sur les allures de l'état général et de l'état local, notamment sur la cessation de la reproduction des pseudo-membranes.

Le tube, une fois introduit dans le larynx, peut être bouché par des fausses membranes ou par le fil (à laisser en place seulement chez les enfants au-dessous d'un an et demi) qui parfois se détache et se pelotonne dans le conduit; 7 fois, il a fallu extraire le tube à cause d'une obstruction de ce genre; 7 fois aussi le tube a été rejeté dans un accès de toux, mais il n'a pas toujours été nécessaire de le rétablir. Dans tous les cas, il est indispensable de prévenir le dessèchement à l'intérieur du tube, au moyen d'un pulvérisateur à vapeur qui fonctionne en permanence dans l'atmosphère du malade.

Au moment de retirer le tube, on a à redouter que l'extracteur dérape et que le tube enlevé du larynx se trouve avalé dans un mouvement de déglutition; le fait s'est produit une fois, et le corps étranger a été expulsé avec une selle, sans accident; d'autre part, on peut voir survenir un spasme glottique qui nécessite immédiatement une nouvelle intubation.

En raison de la possibilité des quelques accidents précités et de la nécessité de la présence permanente d'un médecin expérimenté à l'égard des difficultés pratiques de l'intubation, l'emploi de cette méthode, en dépit de ses avantages, paraît devoir être réservé pour la clinique hospitalière, à peu près exclusivement. La trachéotomie, même dans ce milieu, demeure préférable dans les cas où l'enfant présente, à son entrée, des accidents asphyxiques graves, parce qu'elle permet plus rapidement le rétablissement des forces indispensables au fonctionnement de l'appareil respiratoire.

Quant à l'injection préventive, qui peut déterminer des accidents, peu graves en général mais d'apparence parfois inquiétante, elle paraît devoir être déconseillée dans la pratique courante.

D'après M. Lebreton, s'il n'existe que des plaques dont le caractère diphtéritique n'est pas absolument net, il convient d'attendre le résultat positif d'une culture immédiatement entreprise, avant de recourir à l'injection du sérum vaccinateur.

M. Chantemesse estime que les troubles de l'état général auxquels a exposé jusqu'ici l'injection préventive pourraient être évités par l'emploi de doses beaucoup plus faibles et néanmoins parfaitement efficaces, ainsi que paraissent l'établir des expériences faites sur les cobayes.

M. d'Heilly rappelle qu'à une époque où le tubage était pratiqué, il est vrai, avec des appareils moins perfectionnés, son emploi a donné lieu à des accidents provoqués par des troubles de déglutition et notamment à des bronchopneumonies traumatiques reconnaissant une telle origine.

M. Lebreton répond qu'en dehors des cas où l'on avait conservé en place le fil destiné à maintenir le tube, il n'a jamais constaté d'accidents de ce genre. Quant aux injections préventives qu'il a étudiées, elles comportaient une dose de 10 à 20 centimètres cubes, la dose à la fois suffisante pour éviter les troubles généraux précités et pour assurer l'efficacité du vaccin n'ayant pas été déterminée jusqu'à ce jour.

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLEREE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTEES

Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

LAMPE FORMOGÈNE

à dégagement
de Vapeurs d'Aldéhyde formique (FORMOL)
POUR LA
DÉSINFECTION
complète, simple, rapide et économique
DE TOUS LES APPARTEMENTS, CHAMBRES DE MALADES, SALLES D'HOPITAUX, ECOLES, etc.

Cet Appareil fonctionne par l'alcool de bois que l'on trouve couramment dans le commerce et dont le prix est insignifiant.

La DÉSINFECTION par ce procédé n'entraîne à aucun déménagement, ne détériorant aucun objet et ne laissant pas trace d'odeur.

VENTE EN GROS :
SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PRODUITS PHARMACEUTIQUES
9 et 11, Rue de la Perle, Paris
qui enverra une Notice explicative sur demande.

ARCACHON ENFANTS DÉBILES CONVALESCENCES SCROFULES ET TUBERCULOSES

MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE

Située dans les Pins, à proximité de la Plage

Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage

SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION

Hautes références médicales et familiales

S'adresser à la Directrice : Mme HENRY DUBOIS

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE
STROPHANTUS
2 à 4 par jour. Tonique du cœur, diurétique rapide.
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance
PARIS, 3, BOULEV. ST-MARTIN & PHARMACIES

LYSOL
LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON
ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU
FLACON D'ÉCHANTILLON franco
à MM. les médecins qui en font la demande.
Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

CONSTIPATION habituelle
Le MEILLEUR CURATIF est le
CASCARA MIDY
Pilules rigoureusement dosées à l'Ext. Hyd. Alcool, de Cascara Sagrada : accélère travail digestif dans ses diverses phases, ne donne ni nausées, ni coliques, ni diarrhée.
PRIX : 2f50.

Phie MIDY PARIS — 143 Faubg St-Honor

GORGE, LARYNX, BOUCHE
Contre ces Affections, employez la
COCAÏNE MIDY
(CHLOROBORATÉE)
Tablettes exactement dosées à 2 milligr. Chlorhyd. de Cocaïne, 0,05 Borate de Soude, 0,05 Chlorate id. Elles constituent un véritable gargarisme sec des plus énergiques. — PRIX : 3 fr.

Glycérophosphates
PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable.
à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER
Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES, etc.*
1° SOLUTION GAZEUSE ; 2° GRANULÉ ; 3° SOLUTION INJECTABLE ; 4° SIROP
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

STATION CLIMATERIQUE
DE VERNET-LES-BAINS
(PYRÉNÉES-ORIENTALES)
SANATORIUM DU CANIGOU
Pour les maladies de poitrine
Dirigé par le Dr CH. SABOURIN
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

CHLOROSE ANÉMIE
ÉPUISEMENT
DRAGÉES DE FER COGNET
PROTOXALATE DE FER ET QUASSINE CRIST
LE PLUS ACTIF FERRUGINEUX
A. COGNET, 43, RUE SAINTONGE, PARIS, ET PHIES

PHTISIE Traitement préventif et curatif par **Iode** à dose intensive et **Phosphates**
INNOCUITÉ COMPLÈTE
au moyen des **VINS** et **PILULES IODO-PHOSPHATÉS** du Dr FOY
Expérimentés depuis 1891, à l'Hôpital de Villepinte. — Brochre franco
JOLLY, 64, Faubourg Poissonnière, PARIS